Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniej pół tora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4 Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub St Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
	Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1\frac{1}{2}$ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 8 maja 1886. — № 19. — Rok XXV.

I. Ze szpitala św. Zofii we Lwowie.

Przyczynek do zaotrzewnowego wycięcia hydronefrozy.

Podał **Dr. A. Schattauer.**

Operacyjne leczenie hydronefrozy zawdzięcza swój początek pracom dokonanym dopiero w najnowszych czasach. Wprawdzie jeszcze przed pierwszą nefrektomiją, którą wykonał G. Simon w r. 1869, operowano kilka przypadków hydronefrozy; zabiegi te atoli nie mogły wywrzeć stanowczego wpływu na rozwój chirurgicznego leczenia wspomnianéj choroby, gdyż były podjęte bez zamierzonego celu, prawie bez wyjątku na podstawie pomyłek w rozeznaniu. Trudności w rozróżnieniu dużych torbielów jajnikowych od hydronefrozy były nieraz powodem niemiłego rozczarowania podczas operacyi, miasto bowiem spodziewanego torbiela znaleziono po otwarciu jamy brzusznéj hydronefrozę; takową wycięto po zwalczeniu znacznych przeszkód lub téż musiano zaniechać dokończenia operacyi. Przypadki takie wydarzyły się znakomitym chirurgom, jak Spencer Wellsowi i innym. Nie trudno odgadnąć, jakie były wyniki po tych operacyjach, tak, iż rzeczywiście szereg tych zabiegów stanowi najsmutniejszą kartę w dziejach chirurgii jamy brzusznéj.

Dopiero rozgłośnym pracom G. Simona w zakresie chirurgii nerek zawdzięczamy nietylko dokładniejszą dyjagnostykę hydronefrozy, ale także postępowanie operacyjne oparte na racyjonalnych podstawach. Wycięcie jednak doszczętne hydronefrozy uważał on jako zabieg prawie niemożliwy z powodu zrostów z sąsiedniemi narzędziami a nawet jako szkodliwy zdrowiu. Wychodząc z tego założenia podał on metodę, która, jak wiadomo, polega na rozcięciu torbiela i ustanowieniu trwałéj przetoki miedniczko-brzusznéj. Nie ulega żadnéj wątpliwości, że ten sposób operacyjny uwalnia chorego od wszelkich dolegliwości i niebezpieczeństw towarzyszących hydronefrozie, lecz z drugiéj strony ma tę wielką niedogodność, że pacyjent mający przetokę niedającą się zagoić, zmuszonym jest do noszenia recypienta albo téż opatrunku, który czasem i kilka razy dziennie musi być zmienianym. Łatwo pojąć, jakie ztąd wynikają dlań przykrości w pożyciu towarzyskiém, jak również śród pracy codziennéj. Wreszcie nie wiemy, jakie były dalsze koleje losu operowanych tą metodą. W tym kierunku zupełny brak bliższych sprawozdań.

Rupprecht (*Deutsche med. Wochensch.*, 1885, Nr. 35) podaje jeden przypadek hydronefrozy, operowanéj podług G. Simona, który nie bardzo korzystne światło rzuca na postępowanie w mowie będące: U dziewczyny 9cioletniéj założono przetokę miedniczkową z powodu dużéj hydronefrozy. Wydzielała ona z początku mocz rozłożony, następnie płyn ropiasty, częstokroć w tak obfitéj ilości, że musiano kilka razy dziennie zmieniać opatrunek. Wszelkie usiłowania w celu zmniejszenia wydzieliny były nadaremne. W parę lat po operacyi wystąpił białkomocz i puchlina powszechna. Sekcyja wykazała skrobiowate przeobrażenie pozostałéj nerki. W takich przypadkach oprócz ropienia ciągłego, które oddziaływa szkodliwie na ustrój, należy jeszcze także wziąść w rachubę wielką skłonność pozostałéj nerki do sympatycznego zapalenia.

Z tych zapewne powodów porzuconą przez G. Simona myśl wycięcia doszczętnego hydronefrozy podniesiono w ostatnich czasach, i to z większém powodzeniem. Jużcić, że do szczęśliwych wyników w znacznéj części przyczyniło się udoskonalenie metody antyseptycznéj. W zestawieniu statystyczném Grossa z r. 1885 znajdujemy w liczbie 233 nefrektomij 21 przypadków, w których wskazaniem do téj operacyi była hydronefroza. W tych przypadkach operowano cięciem brzuszném 17 razy z śmiertelnością 41·1%, a 4 razy cięciem lędźwiowém z śmiertelnością 25%. U dzieci operowano hydronefrozę trzy razy. Z tego wynika, że w mowie będące zboczenie bywa stosunkowo rzadkiém wskazaniem do nefrektomii u dorosłych, a jeszcze rzadszém u dzieci. Bliższy przegląd operowanych przypadków poucza, że cięcia

lędźwiowego używano tylko w obec mniejszych torbielów; większe zaś operowano cięciem brzusznem. W tych ostatnich prowadzono cięcie w linii białéj lub na zewnątrz mm. prostych; po otwarciu jamy brzusznéj następowało nacięcie tylnéj blaszki otrzewny, a nakoniec wyłuszczenie hydronefrozy. Nie tyle otwarcie jamy brzusznéj, ile nacięcie tylnéj blaszki otrzewny czyni taki zabieg cięższym, bo w przestworze zaotrzewnowym nie tak łatwo można zapobiedz powstaniu ognisk martwych. To téż snadno można sobie wytłumaczyć, dla czego mimo antyseptyki cyfra śmiertelności jest tak wysoką. Z przypadku atoli, który opisać zamierzam, nabrałem przekonania, że nawet w obec hydronefrozy największych rozmiarów dokonać można wycięcia zaotrzewnowego, posługując się cięciem ukośném, poczynającem się od 10go lub 11go żebra a idącém ku dołowi na wewnątrz. Cięcie takie przedstawia o wiele wygodniejszy przystęp do torbiela, niż cięcie proste lędźwiowe lub brzuszne; lecz co najważniejsza, że preparując warstwowo napotkać musimy w górnéj lub też w dolnéj połowie rany fałd przejściowy przedniéj blaszki otrzewny na tylną. Ten załamek otrzewny tworzy bardzo wyraźną smugę białą, na zewnątrz któréj leży ściana hydronefrozy niepokryta otrzewną, zkąd można dalsze wydobycie z łatwością bez naruszenia otrzewny do skutku doprowadzić. Jeżeliby wspomniana smuga biaława nie dała się na razie w głębi rany operacyjnéj odnaleźć i przypadkiem otrzewna ścienna naciętą została, w takim razie zdarzenie to przyczynić się może do zoryjentowania się i łatwiejszego odszukania fałdu przejściowego, albowiem wprowadziwszy przez otwór otrzewny palec lub sondę, w kierunku na zewnątrz na ten fałd natrafić musimy. Zeszywszy następnie otwór w otrzewnéj możemy przystąpić spokojnie do zaotrzewnowego wycięcia. Według skreślonych powyżéj wskazówek dokonałem operacyi hydronefrozy u chłopca 7-letniego, którego w czerwcu 1885 przyjęto na oddział chirurgiczny szpitala św. Zofii. Przypadek ten jest nietylko ze względu na kolosalne rozmiary hydronefrozy i na zejście pomyślne po dokonanym zabiegu interesującym, ale zasługuje także na uwagę z powodu wieku pacyjenta, gdyż mimo skrzętnego przeszukania literatury nie znalazłem w podobny sposób u dziecka operowanéj hydronefrozy.

Wasyl M., 7-letni syn rolnika, przyjęty do Zakładu 22 czerwca 1885 przyszedł według podania ojca na świat całkiem zdrowy. Dopiero w drugiéj połowie 1go roku życia spostrzeżono, że brzuch jego począł się zwiększać, przyczém zresztą dziecko rozwijało się prawidłowo. W pierwszych latach życia powiększała się objętość brzucha zwolna i dopiero od pół roku zauważono bardzo szybkie wzmaganie się téjże. Chłopiec dostawał po każdém jedzeniu wymiotów, stracił apetyt, wychudł i osłabł znacznie.

Obecnie wykazuje badanie następujący obraz:

U chłopca na swój wiek wątłego ciałotworu, obok bardzo lichego stanu odżywienia, znacznéj bladości skóry i błon śluzowych, uderza przedewszystkiém niezwykłych rozmiarów objętość brzucha, tudzież dolnéj połowy klatki piersiowéj. Ta ostatnia przedstawia wyjątkowy widok, gdyż żebra dolne rozchodzą się wachlarzowato ku przodowi, tworząc odstępy po prawéj stronie na 5cm., po lewéj na 6cm. szerokie; mostek zaś z wyrostkiem mieczykowatym ku górze i przodowi prawie do kąta prostego podniesiony. Kolosalnie powiększony brzuch nie okazuje jednostajnego zaokrąglenia, lewa bowiem połowa, mianowicie w okolicy podżebrza, więcéj jest wypukloną. Pod skórą mocno napiętą występuje gęsta sieć rozszerzonych żył. Pępek płaski. Poniżéj lewego podżebrza widać na brzuchu kilka większych i mniejszych okrągłych płaskich wypukłości. Objętość ciała wynosi na wysokości pępka 84cm., pomiędzy tym ostatnim a wyrostkiem mieczykowatym 100cm., na wysokości wyrostka mieczykowatego 92cm., a w poziomie grzebieni kości biodrowych 80cm. Odległość od pępka do końca mostka 29cm., od pępka do spojenia łonowego 20cm. Przy obmacaniu brzucha czuć większą odporność w lewém podżebrzu niż w prawém, przytém w wszystkich kierunkach wyraźne dalekofaliste chełbotanie. Na całym obszarze brzucha odgłos czczy z wyjątkiem podżebrza prawego i prawéj okolicy lędźwiowéj. Odgłos wypukowy czczy sięga ku górze w linii sutkowéj lewéj do dolnego brzegu 2go żebra, w linii pachowéj lewéj do dolnego brzegu 3go żebra, z tyłu zaś do połowy łopatki lewéj. Stłumienie wypartéj ku górze wątroby stwierdzić można pomiędzy 3ém a 4ém żebrem prawém. Oddychanie przyspieszone, szmery oddechowe prawidłowe. Uderzenie koniuszkowe serca czuć i widać w drugiém międzyżebrzu przy lewym brzegu mostka. Tony czyste, tętno 100. Badając przez odbytnicę czuć dolny gładki odcinek guza, wypełniającego całą jamę miednicy. Pragnienie zwiększone, lecz ciepłota ciała niepodniesiona. Łaknienie małe, częste wymioty po jedzeniu, stolce zwykłe. Mocz jasny, składu prawidłowego w ilości 800 do 1000cm. na dobę. Pacyjent jest osłabiony i chodzi z niechęcią. Zwykle siedzi on na podłodze, obejmując swój brzuch nogami na zewnątrz wywróconemi, rękami zaś nie może go prawie objąć. W téj nieco komicznéj postawie przepędza całe godziny.

W narkozie nakłuto brzuch w linii białéj poniżéj pępka i wypuszczono przeszło 11 litrów płynu czerwonawo zabarwionego, w którym rozbiór chemiczny (Dr. Wiktor) wykazał: ślady mocznika i fosforanów, paralbumin, cholestearynę i małą ilość ciałek krwi białych i czerwonych.

Po wypuszczeniu płynu można było przez wiotkie i zapadnięte powłoki brzuszne dokładnie obmacać wątrobę i śledzionę, oraz w prawéj okolicy lędźwiowéj ciało gładkie podługowate, odpowiadające tak kształtem jakoteż położeniem nerce prawéj. W lewéj połowie brzucha nie wyśledzono drugiéj nerki, tylko utwór torbiasty, na wewnątrz którego stwierdzono podługowaty obrzęk, dość gruby, dążący ukośnie z lewéj ku prawéj stronie, którego treść dawała się ugniatać palcami. Utwór ten odpowiadał kiszce grubéj zstępującéj, gdyż po następnych wypróżnieniach obrzęk ten wałkowaty znacznie się zmniejszył. Chory doznał po wypuszczeniu płynu znacznéj ulgi; apetyt i oddychanie poprawiły się widocznie. Zauważono tylko, że mocz poprzednio czysty i jasny zaraz po nakłuciu przybrał barwę wypuszczonego z torbiela płynu; był przeto jasno czerwony i zawierał sporą ilość białka, cholestearynę, ciałka krwi białe i czerwone. Jednem słowem podobny był składem chemicznym do treści wypuszczonéj z torbiela. W miarę atoli napełnienia się tego ostatniego stawał się z każdym dniem czyściejszym i po upływie siedmiu dni był już zupełnie jasny jak przed nakłuciem brzucha.

Ta zmiana w moczu była o tyle ważną, że świadczyła o związku torbiela z drogami moczowemi i tém samém potwierdziła w tym przypadku rozpoznanie hydronefrozy. Daléj była ona zachętą do podjęcia zabiegu radykalnego, bo nie ulegało żadnéj wątpliwości, że nerka prawa sprawia swoją czynność prawidłowo. Ponieważ z powodu szybkiego przybywania płynu począł brzuch przybierać pierwotne swoje rozmiary, przeto 10go lipca 1885 przystąpiłem do wycięcia

hydronefrozy. W tym celu poprowadziłem z lewéj strony cięcie na 20cm. długie, ukośnie idące od 11go żebra ku przodowi na dół. Po przecięciu pokładów mięśniowych została nacięta w dolnéj części rany otrzewna w długości kilku cm. Bliższe badanie stwierdziło, że otwór ten znajdował się w odległości 3cm. na wewnątrz od fałdu przejściowego otrzewny. Fałd ten tworzył bardzo wyraźny szlak białawy szerokości pół cm. Zeszywszy czém prędzéj otwór w otrzewnie szwem jednociągłym katgutowym odsłoniłem ścianę torbiela na zewnątrz od przerzeczonego załamku, oddzielając na tępo luźną tkankę, łączącą torbiel z częściami sąsiedniemi. Dla ułatwienia dalszego wytoczenia wbito trójgraniec i wypuszczono płyn żółty, nieznacznie mętnawy. Podczas wyciągania torby na zewnątrz podwiązano podwójnie kilka mniejszych powrózków i jeden grubszy od przodu, w którym po przecięciu rozpoznano moczowód. W głębi w pobliżu kręgosłupa napotkano 2 żyły grubości palca wskazującego, które podwiązawszy podwójnie przecięto. Resztę zaś szypułki, zawierającéj tętnicę nerkową dość znacznego kalibru, musiałem szybko *en masse* podwiązać, gdyż chory nagle utracił tętno i przestał oddychać. Wpuściwszy ku górze i dołowi w jamę zaotrzewnową dwa grube dreny zeszyłem szybko ranę, podczas czego asystujący koledzy przywrócili sztucznie oddychanie. Nakoniec założono oprawę z gazy jodoformowéj i waty trocinowéj, lekko brzuch i klatkę piersiową uciskającą. Jakkolwiek w ciągu nie spełna godzinę trwającéj operacyi chory mało chloroformu wypotrzebował i nieznaczną ilość krwi utracił, to dopiero w godzinę po operacyi można było wyśledzić tętno sprychowe. Wieczorem wynosiło ono 132 na minutę, bladość i osłabienie znaczne, mimo podawania czarnéj kawy i wina. Następnego dnia chory opamiętał się zupełnie, na ból się nie żalił i przyjmował chętnie pokarmy płynne. Z dalszego przebiegu pooperacyjnego zanotować należy, że w pierwszych 10ciu dniach tętno wynosiło rano 132—136, a wieczorem 154—160 uderzeń na minutę, temperatura wahała się między 38° a 39°C. W pierwszym tygodniu oddawał chory na dobę 200—300cm. moczu blado-żółtego, który zawierał średnią ilość białka. Dopiero gdy się w drugim tygodniu ilość moczu podniosła na 700—800cm., znikło także białko. Niedokrewność i osłabienie utrzymywały się ciągle, mimo że chory spożywał dużo mleka. Czwartego dnia po zabiegu zauważono wyraźne rozszerzenie żył podskórnych na wszystkich odnogach, a w parę dni późniéj wystąpiło zbrzęknienie twarzy, nóg i rąk i nagromadzenie się płynu w jamie brzusznéj. Na domiar wszystkiego dostal chory 10go dnia po operacyi ostrego nieżytu żołądkowo-kiszkowego, który się przez 10 dni utrzymywał i do wyniszczenia sił znacznie przyczynił. Puchlina na odnogach i w jamie brzusznéj ustąpiła dopiero w 4m tygodniu. Rana zagoiła się przez rychłozrost, tylko z dolnego kąta, gdzie się znajdował przecięty moczowód, utrzymywała się mierna wydzielina, z początku krwawa, następnie ropiasta, tak że 10go dnia po operacyi musiałem uskutecznić przeciwotwór od tyłu obok kręgosłupa. W tém miejscu było małe ropienie przez dłuższy czas i ustało dopiero, gdy w 6ym tygodniu otwór tylny rozszerzono i z głębi kilka ligatur wyjęto. Po tym zabiegu zaczął chłopiec prędko przychodzić do sił i tuszy, tak że gdy w październiku opuszczał Zakład, stan jego zdrowia był wyśmienitym. Objętość brzucha była naturalnych rozmiarów, tylko nieco wystające łuki żebrowe przypominały poprzednie rozszerzenie klatki piersiowéj.

Wycięta hydronefroza składała się z torbiela o jednéj komorze wielkości głowy dorosłego mężczyzny. Wewnętrzna powierzchnia gładka, blado-żółto zabarwiona, okazuje w części zewnętrznéj 8 zagłębień okrągłych, o płaskiém dnie i ostrych brzegach wielkości talara, ułożonych w dwóch rzędach. Na wewnątrz od tych dołków znajduje się część torbiela barwy ciemno wiśniowéj, podługowata, rozmiarów ręki, o wiele cieńsza od reszty ścian torbiela. W blaszce téj znaleziono przy bliższém badaniu resztki utkania nerkowego. Nadto spostrzegać się dały na wewnętrznéj powierzchni liczne drobne wynaczynionki dawniejszéj daty. Moczowód grubości zwykłego ołówka ma otwór okrągły i przyczepiony jest do górnéj przedniéj okolicy hydronefrozy znacznie powyżéj wzmiankowanych dołków. Kawałek moczowodu pozostały na preparacie jest dla sondy drożnym i nie przebiega w ścianie torbiela.

Chcąc w niniejszym przypadku wyjaśnić przyczynę powstania hydronefrozy i rozstrzygnąć pytanie, czy takowa była wrodzoną lub też nabytą, musimy głównie uwzględnić wysokie odejście moczowodu. Z podanego dopiero co opisu anatomicznego, jakotéż z poprzedniéj historyi przypadku wynika, że ani w moczowodzie, ani téż w innych częściach dróg moczowych nie znajdowały się przeszkody, mogące wywołać utrudnienie odpływu moczu z miedniczki. Wysokie przyczepienie moczowodu uważać tu należy jako wrodzoną wadę utworową. Cohnheim, który pierwszy zwrócił uwagę na tę nieprawidłowość, zalicza ją do najważniejszych przyczyn wrodzonéj hydronefrozy. Zboczenie to bywa już w wczesnych okresach życia powodem zastoin moczowych, a następnie rozszerzenia części miedniczki, będącéj poniżéj odejścia moczowodu. Dla tego też i w powyższym przypadku przypuścić możemy prawie z pewnością, że początek hydronefrozy odnosi się do życia płodowego. Rozwój początkowy odbywał się zwolna, bo mocz odpływał częściowo, dopiero gdy się dolna część miedniczki bardziéj powiększyła, nastąpiło zupełne zagięcie moczowodu w miejscu odejścia, mocz przestał odpływać i hydronefroza poczęła raźno się powiększać.

II. O dyfteryi, szczególniéj pod względem etyjologicznym i patogenetycznym.

Skreślił Dr. Ferdynand Obtułowicz,
lekarz powiatowy w Buczaczu.

(Odczyt miany w streszczeniu na IV Zjeździe lekarzy i przyrodników w Poznaniu).

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 18).

Co się tyczy wyników pomyślnych osiągniętych po dokonaniu tracheotomii w przypadkach dyfteryi, to według statystyki ułożonéj przez Montiego (l. c. str. 306) wynosi odsetka śmiertelności 71·9 a odsetka sprawdzonego zupełnego wyzdrowienia 26·7 (na 12.736 przypadków tracheotomii przypada 3.409 wyleczonych, 9.161 zmarłych, a 166 niewyleczonych). Jeżeli zatém na podstawie cyfr przytoczonych każde 4te dziecko zostało ocaloném od nieuchronnéj śmierci, to już zabieg operacyjny dostatecznie jest usprawiedliwionym, a tracheotomija w dyfteryi zyskuje zupełne prawo obywatelstwa. W przypadkach objętych nazwą dławca *(Croup)* odsetka śmiertelności jest o wiele mniejszą, gdyż wynosi niecałe 50% (Monti l. c. str. 100), tak, że każde drugie dziecko z pomiędzy operowanych zostaje na pewno uratowaném.

Pod względem wieku, to odsetka śmiertelności między dziećmi operowanemi poniżéj 1go roku życia wynosi koło 86·5%, między 1ym a 2gim rokiem życia 85·2%, między

2—3 75·3%, a następnie zmniejsza się ciągle, tak, że według statystyki ułożonéj przez Montiego (l. c. str. 311) wynosi między 8 a 9 rokiem życia tylko 50%, z czego wynika, że dziecko dotknięte dyfteryją można nawet w pierwszym roku życia operować, jeżeli objawy zwężenia krtani są wybitne, i że wynik rękoczynu chirurgicznego będzie tém pomyślniejszy, wśród równych zresztą okoliczności, im dziecko jest starsze.

W obec tego wyniku zabiegów operacyjnych powyżéj przytoczone zdanie Senatora jest zupełnie usprawiedliwionem a i Krönlein również wraz z Königiem twierdzą stanowczo, że jest obowiązkiem operatora, aby żaden chory na błonicę nie zginął z powodu chorobowego zwężenia krtani, i że lekarz powinien dokonać w takim razie tracheotomii, w razie bowiem przeciwnym ściąga na siebie zarzut nieusprawiedliwionéj opieszałości.

W przypadkach zatém dyfteryi należy tracheotomiję wykonywać, jeżeli objawy zwężenia krtani dojdą do wysokiego stopnia i górują po nad całym stanem chorobowym; natomiast zabieg ten operacyjny nie przyniesie zazwyczaj żadnéj korzyści, jeżeli 1) błonica zakaziła cały ustrój i wystąpiła jako choroba ciężka, ogólna, z wytworzeniem błon dyfterytycznych na błonach śluzowych nosa, spojówki, galek ocznych, gęby, połyku, krtani, oskrzeli i części rodnych; 2) jeżeli błonica okazuje charakter zgorzelinowy, grożący śmiercią w krótkim czasie, a zwężenie krtani nie dosięga stopnia grożącego uduszeniem w krótkim czasie.

Na zakończenie méj rozprawy winienem, jako illustracyję mych zabiegów terapeutycznych przytoczyć kilka ściśléj obserwowanych przypadków dyfteryi, a z całego szeregu tychże wybieram przedewszystkiém jako nader pouczające 4 przypadki leczone w epidemii domowéj w posiadłości pp. Ag. w zimie r. 1883.

Dnia 18 listopada 1883 zostałem zawezwany do Bazaru, miejscowości położonéj w powiecie Czortkowskim, a więc już na Podolu galicyjskiém. Wieś ta, licząca 1592 mieszkańców, położona jest przeważnie na 2 pagórkach niezbyt wyniosłych i płaskich, między któremi w dole płynie potok o brzegach błotnistych. W miejscowości téj, jak mnie uprzejmie zapewnia kol. Dr. Wągrowski, lekarz powiatowy w powiecie czortkowskim, nie panowała epidemicznie nigdy dyfteryja, przynajmniéj w ciągu ostatnich lat 17tu, a sporadyczne przypadki téj choroby zdarzały się tylko w styczniu r. 1881 i 1882, z innych zaś chorób sprawdzono prócz cholery w r. 1872 (od 31 sierpnia do 5 października 90 przypadków z śmiertelnością 38) tylko ospę w r. 1874 (od 1 stycznia do 3 lutego 18, z których + 5) i krztusiec r. 1878 i 1884 (88 z śmiertelnością 9 i 115 z śmiertelnością 9).

Przybywszy do dworu murowanego, jednopiętrowego, otoczonego ogrodem od strony południowéj i zachodniéj, a wielkim gazonem i zabudowaniami gospodarskiemi od strony wschodniéj, zastałem tamże 3-letniego Antosia Ag., który obok objawów lekkiéj gorączki (C. 37·8, tętno 124) okazywał mierne obrzęknięcie migałków z wypocinami na nich, wybitnie dyfterytycznemi. U chłopczyka tego, dobrze zbudowanego, odżywienie znalazłem wcale dobre, a śledziona, która przed 1½ miesiącem była z powodu zimnicy mocno obrzękłą, obecnie okazuje rozmiary zupełnie prawidłowe. Gruczoły podszczękowe okazały się przy badaniu miernie tylko obrzękłemi i nieznacznie bolesnemi, inne narządy nie zbaczały zupełnie od stanu prawidłowego; mocz przy badaniu za pomocą gotowania nie zdradzał ani śladu białka. — Wywiady wykazały, że dnia 14 listopada, w dniu nadzwyczaj przyjemnym i względnie nawet dość ciepłym, chłopczyk ten wraz z starszém rodzeństwem biegał po gazonie, a dopiero dnia 17 listopada wieczorem uskarżał się na dreszczyki i gorączkę, lecz o bólu gardła ani słówkiem nie wspomniał. Rodzice jego, o dzieci nader troskliwi, nie byli jednak tą gorączką zaniepokojeni, gdyż sądzili, że znów napady zimnicy się ponawiają; gdy jednak następnie po upływie nocy w dniu 18 listopada chłopczyk począł się uskarżać na ból gardła, zażądali méj pomocy lekarskiéj.

Pierwszą czynnością z méj strony było zupełne odosobnienie chorego chłopczyka, a ponieważ czworo dzieci pozostałych nie można było wywieść z powodu znacznego oddalenia od reszty rodziny, jakoteż z powodu dni zimnych i słotnych jesiennych, przeto musiałem czworo tych dzieci pozostawić w pokojach piętrowych, pokoik, w którym 3-letni Antoś, obecnie chory, pozostawał, kazałem zamknąć i wykarbolizować a jego samego umieścić na dole w pokojach gościnnych i tutaj otoczyć najtroskliwszą opieką domową i lekarską. — Ordynacyja lekarska polegała: 1) na płukaniu roczynem 3% kwasu borowego; 2) na pędzlowaniu resorcynem w spirytusie miętowym w stosunku 1:10 w odstępach 3—4 godzinnych; 3) na wcieraniu maści jodoformowéj z szaruchą (*Rp. Jodoformii puri faba toncae desodorati* 1:10 *ungti (ungt. mole c. ungt. cinereo āā* 5.00) w obrzękłe gruczoły w odstępach 3-godzinnych, wielkości ziarnka bobu, obok okładów wysychających, zmienianych również w odstępach 3-godzinnych; 4) na podawaniu wewnętrznem bedżwinianu sodowego w ilości 5:100, co 2 godziny łyżkę stołową wraz z łyżeczką wina tokajskiego (*Rp. Natri benzoici 5: Aq. Menth. piperitae* 80.00 *Syrup. Cort. aurantiorum* 20.00). Dnia 19 listopada, tj. w 2giéj dobie choroby, uskuteczniono pędzlowanie od 7 z rana do 12 w nocy 8 razy i przy badaniu każdorazowém nie stwierdzono gwałtownych postępów choroby; wypocina bowiem zajmowała jak dotąd wewnętrzne powierzchnie obu migdałków i posunęła się tylko na brzegi tylnych łuków podniebieniowych. Ciepłota ciała była również bardzo zadowalającą, wynosiła bowiem o godzinie 12téj w południe 37·2°C., o godzinie 7méj wieczorem 37·4, a o godzinie 12téj w nocy 37·5°C., tętno zaś 104—108. — Dnia 20 listopada z rana o godzinie 10téj wynosiła ciepłota 37·4, tętno 104, a badanie wykazało, że mimo pędzlowań i dalszego podawania bedżwinianu sodowego daléj rozszerza się wypocina nieco ku podniebieniu miękkiemu w postaci nalotu, tak, że języczek został już w nieznacznym stopniu zajęty. W dniu tym musiałem chorego na kilka godzin opuścić, a powróciwszy wieczorem stwierdziłem znów, że ciepłota się nie podniosła, wynosiła bowiem tylko 37·5 a tętno 104; pędzlowanie odbywało się tego dnia 7 razy, a płukanie daléj co ¼—½ godziny z wody wapiennéj na wpół z wodą przekroploną, do któréj dodawano 3% kwasu borowego. Dnia 21 listopada wykazało badanie rozszerzenie się wypociny ku tyłowi, na ścianę tylną połyku, tak że całe gardło niemal było wysłane niezbyt grubą, ale dość dobrze przylegającą błoną dyfterytyczną, która zaledwie tylko na migdałkach od przodu złuszczać się zaczynała. O 9téj zrana w 4téj dobie choroby ciepłota wynosiła 37·8, tętno 124, regularne i pełne. Przy wystrzykiwaniu gardła wodą wapienną oddzielił się z migdałka prawego dość wielki płat pokładu dyfterytycznego, bez krwawienia. Całe gardło zasypano proszkiem resorcynowym a wewnętrznie w celu szybszego złuszczenia błon dyfterytycznych podano pilokarpin z winem, według zwykłéj

metody Guttmanna (*Pilocarpini muriatici* 0·03, *Pepsini* 0·60 *Aq. destil.* 80.00, *Acidi hydrochlorici guttas duas.* Co godzina łyżeczkę z winem tokajskiém). Pomimo tego leczenia, ciągłego pędzlowania, krzepienia organizmu dyjetą pożywną i posilną, oraz podawania wina, sprawa błonicowa szerzyła się ciągle daléj, tak że już wieczorem dnia tego pojawiło się lekkie pokaszliwanie, jako zapowiedź obniżania się sprawy dyfterytycznéj i zajmowania krtani. To téż odjeżdżając dnia 22 listopada zapowiedziałem rodzicom chorego, że najprawdopodobniéj w ciągu dnia tegoż pojawi się zachrypnięcie (5ta doba choroby) i chcąc ratować chorego trzeba będzie przystąpić do wykonania cięcia krtaniowego.

Ciepłota zrana 22 listopada wynosiła 38·1, t. 124; a wieczorem po mym powrocie ciepłota znowu wykazywała mierną gorączkę 38·5, t. 128, zachrypnięcie było wybitne, kaszel szczekający, jak w dławcu; w nocy zaś zaczęły się, już pojawiać lekkie napady zwężenia krtaniowego, które jednakowoż po użyciu środków wymiotnych (*Syrup. Ipecacuanhae c. Vino stibiato*) ustąpiły, zwłaszcza że przy wymiotach chory wyrzucił znaczną ilość błon dyfterytycznych.

Cieplota wieczorna dnia 22 listopada znów poszła w górę 39·2, tętno 144, a z rana 23/11 ciepłota wynosiła 39·5, tętno 160, oddechów 36. Po uldze, jakiéj doznał chory po zwymiotowaniu, znów sprawa zaczęła się pogarszać, zwężenie przybierało wybitniejsze cechy, to téż nie chcąc dłużéj zwlekać zaraz po południu dnia 23 listopada przystąpiłem do wykonia cięcia krtaniowego przy pomocy sprowadzonego do asystencyi kol. Dra Nachta z Buczacza. Trudności przy wykonaniu operacyi były bardzo znaczne, albowiem gruba i tłusta szyjka chorego z nabrzękłemi żyłami, chociaż jeszcze sinicy nie było widać na twarzy, krwotok tak z żył porozdymanych drobniejszych jak i z tętniczki (*arteria thyreoidea superior*) krzyżującéj krtań, utrudniały niezmiernie należyte odsłonięcie krtani, tak że zaledwie po ½ godzinnéj pracy w środkowéj części krtani odsłoniłem miejsce na 1½ cmtra długie i po rozcięciu w témże miejscu więzadła stożkowego krtani i chrząstki pierścieniowéj zdołałem odpowiednią rurkę krtaniową założyć. Natychmiast mały nasz chory, który dzielnie się trzymał podczas całéj téj operacyi, wyrzucił przez kaniulę błony dyfterytyczne i począł spokojnie oddechać. Choremu podano zaraz wino, resorcyn w proszkach 0·25 p. d. co 3 godziny i napar ipepakuany (*Infus. ipecac. ex* 0·70:200 *MDS.* Co godzina po ½ łyżki) oraz wziewania z wody wapiennéj naprzemian z resorcynem sody. W 2 godziny po dokonaniu operacyi, tj. o godzinie 5 wieczorem, ciepłota wynosiła 39.9 a tętno 140 oddechy spokojne 36 na minutę, o godzinie 6téj cieplota wynosiła 39·8, o godzinie 7 39·6, o godzinie 9téj 39·1, o 10téj 39·0, a o pierwszéj w nocy 38·9, tętno o wiele lepsze niż przed operacyją wynosiło 136, a potém w miarę obniżania się ciepłoty obniżało się na 132 i 128, rano zaś o godzinie 5téj dnia 24/11 wynosiła ciepłota 37·5, tętno 120. W moczu białka nie dostrzeżono. Ponieważ gorączka, która od chwili rozpoczynania się sprawy błonicowéj w krtani, co raz to bardziéj się potęgowała a odpowiednio temu i ilość tętna oraz oddechów wzmagala się, po szczęśliwém zaś wykonaniu cięcia krtaniowego gorączka poczynała się stopniowo obniżać, przeto wstępowała w nas otucha, że zyskawszy na czasie przez wykonanie tracheotomii, zdołamy zapanować nad dyfteryją i przy dalszém konsekwentném leczeniu zapomocą wdechiwań jużto z wody wapiennéj, jużto z terpentyny, za pomocą starego wina, resorcynu i posilnéj dyjety doprowadzimy chorego do szczęśliwéj przystani zdrowia. Już po wykonaniu tracheotomii późno wieczorem nadjechał i kol. Tarnawski z Barszczowa i w naradzie koleżeńskiéj podnosił groźne objawy tegoż przypadku przedłużonego tylko zapomocą tracheotomii w porę wykonanéj. W krótce téż przekonaliśmy się, że nadzieje nasze i radość były przedwczesnemi, bo już o godzinie 8méj z rana ciepłota zaczęła się podnosić z 37·5 na 38·9, tętno 128, twarz przybrała wejrzenie żółtawe, kachektyczne, wyraźne mimo płci śniadéj chłopczyka; w południe ciepłota doszła do 39·5, tętno zaczęło tracić na pełności wynosząc 144, a pomimo tego, że oddechanie przez rurkę krtaniową ciągle wykazywało drożność tchawicy i objawów zwężenia dróg oddechowych nie było, chory zaczął corazto bardziéj słabnąć, sinieć, a około godziny 4téj nad wieczorem pomimo podawania odpowiednich środków podniecających począł oddechać nieregularnie, odtwarzając zjawisko oddechowe Cheyne-Stockesa, w końcu dostał krótko trwających drgawek i wśród nich na pozór życie zakończył. Natychmiast wstrzyknąłem choremu, a raczéj już zmarłemu, 4 strzykawki (4·00) eteru siarczanego, nie widząc zaś żadnych ruchów ze strony tegoż, stwierdziwszy zupełny brak oddechów i uderzeń serca, oziębienie ciała, zwłaszcza odnóg uważałem go za rzeczywiście zmarłego i na smutne to zakończenie wszystkich naszych zabiegów przygotowałem stroskanych rodziców. Porządkując moje narzędzia chirurgiczne i czyszcząc je przez jakie pół godziny zauważyłem nagle w łóżeczku zmarłego stojącém o kilka kroków odemnie jakiś ruch niezwykły, z największém zdziwieniem dostrzegłem wraz z kolegą Dr. Nachtem, że na pozór zmarły Antoś podniósł się szybko i gwałtownie chwycił się żelaznych drutów swego łóżeczka. Przybiegłem natychmiast, ująłem jego rączęta ocieplające się zwolna, domacałem się znów tętna i bicia serca, pokrzepiłem go winem i uczyniłem zadość jego żądaniu wyrażonemu na migi, aby mógł się zobaczyć ze stroskaną matką. Po chwili pieszczot niespodziewanych ułożyłem go w łóżeczku i znów otoczyłem najtroskliwszą opieką lekarską. Chłopczyk oddechał swobodnie, ogrzał się, chętnie popijał winną polewkę i wino, nawet bawił się z swą ciotką, a stan ten względnie corazto bardziéj zadowalający trwał od godziny 5téj wieczorem do godziny 12téj w nocy, tak że kołysany nadzieją uratowania tego chłopczyka poruczyłem go dalszéj opiece Dra Nachta, a sam udałem się do pokoju przyległego na spoczynek. Niestety o godzinie 2giéj w nocy 25/11 zbudzono mnie z nadmienieniem, że chłopczyk bawiąc się zegarkiem swéj ciotki w pozycyi siedzącéj, upadł na poduszki i znów zemdlał; tą razą jednak już sprawdziłem na pewne śmierć tegoż w skutek porażenia serca. Choroba trwała 7 dni i kilkanaście godzin, po wykonaniu zaś cięcia krtaniowego żył chory 35 godzin.

Darują mi zapewnie szanowni czytelnicy, iż temu niezwykłemu, a typowemu przebiegowi błonicy tyle poświęciłem miejsca, pocieszam się jednak nadzieją, że ich uwagę zainteresować potrafiłem, a teraz zaś chciałbym wytłumaczyć ten niezwykły przebieg choroby już po dokonaniu cięcia krtaniowego ze stanowiska klinicznego. Potęgująca się gorączka od rana 24 listopada, po chwilowém ułudném obniżeniu się w ciągu wieczora i nocy z 23 na 24, udowadniała aż nadto dostatecznie, że choroba wypocinowa obniżała się wzdłuż tchawicy i oskrzeli grubszych, chociaż nie sprowadzała napadów dusznicy tak jak przy zajęciu krtani, to jednak wpływać mogła niekorzystnie na ośrodki nerwowe kierujące oddechaniem, co zdradzała i ta okoliczność, że mimo zresztą dość swobodnego oddechania twarz przybrała odcień żółtawy,

kachektyczny, skutki zatrucia jadem dyfterytycznym w wysokim stopniu nie dały na siebie długo czekać i wystąpiły w postaci porażenia nerwów oddechowych, które w prawdzie na godzin kilkanaście dało się pokonać przez zastrzyknięcie znacznéj ilości eteru. W końcu jednak znów nagle przecięło pasmo życia chorego dotknąwszy zwojów nerwowych serca, tj. sprowadzając nieuchronne już tą razą porażenie serca. Śmierć zatem pozorna nastąpiła wśród zasinienia i więcéj zwolna przez porażenie ośrodków nerwowych kierujących oddechaniem, śmierć zaś rzeczywista przez porażenie serca i nastąpiła nagle, niespodziewanie wśród bawienia się stanu zresztą względnie nader dobrego. (C. d. n.).

III. Oceny i sprawozdania.

A. Dehenne: **Wstrzykiwania podskórne ergotyny w moczówce cukrowéj i białkomoczu.**

Ergotyna i ergotynina należą do tych środków leczniczych, które stosowane wewnętrznie działają inaczéj niż zastrzyknięte pod skórę. Ztąd to pochodzi, że zapatrywania autorów co do działania ergotyny w cukrzycy nie zgadzają się. Jedni twierdzą, że ergotyna w ilości 5—6 kropli dziennie usuwa cukier z moczu już po 5—6 dniach, przy czém nie potrzeba nawet stosować żadnéj szczególniejszéj dyjety, inni znów podają, że ergotyna wcale nie działa przeciw cukrzycy. Otóż autor wnosi, że pierwsi autorowie otrzymali w doświadczeniach swych wyniki dodatnie, bo ergotynę zastrzykiwali podskórnie, drudzy zaś otrzymali wyniki ujemne, bo ją podawali *per os*.

Autor sam ogłasza spostrzeżenia ze swéj kliniki oparte na 32 przypadkach cukrzycy i dwóch przypadkach białkomoczu. Na podstawie téj twierdzi autor, że ergotyna wstrzykiwana podskórnie ma wpływ taki na te sprawy chorobowe, jak żaden z dotychczas używanych środków. Prawda, że w moczówce cukrowéj można uregulowaniem dyjety, przez podawanie bromku potasu lub alkaliów i różnemi innemi środkami znacznie zmniejszyć wydzielanie cukru, a nawet objaw ten chorobowy na krótki czas zupełnie usunąć, nigdy jednak nie można osiągnąć polepszenia lub wyleczenia na czas dłuższy. Po zastrzykiwaniu ergotyny skutek objawiał się u wszystkich chorych, w różnym jednak stopniu. Czy ergotyna jest w stanie tę dotąd prawie niewyleczalną chorobę zupełnie usunąć, nie odważa się jeszcze autor twierdzić. Widział jednak przypadki, w których po przeprowadzeniu kuracyi dotąd cukier w moczu się nie pojawił, w innych zaś w dwa do trzech miesięcy po leczeniu cukrzyca znów wystąpiła. Niektóre przypadki znów wymagały ciągłego stósowania tego leku. U wszystkich zaś chorych zauważył autor, że po ergotynie podskórnie użytéj stale *polyuria* i *polydypsia* szybko ustępowały, że cukier zawsze, przynajmniéj podczas stósowania ergotyny, z moczu znikał, że w stosunku tym siły chorego się wzmagały a wychudnienie ustępowało, tak dalece, że u niektórych chorych można było przedsięwziąć rękoczyny, od których dotąd z powodu cukrzycy wstrzymywano się.

Z historyj chorób podanych przer autora przytaczamy jednę. W końcu roku 1884 zasięgała rady lekarskiéj autora osoba 74-letnia z powodu zboczeń wzroku. Badanie wykazało, że chora cierpi już od kilku lat na cukrzycę, i pozostaje ciągle w leczeniu u różnych lekarzy. Matka i brat jéj zmarli z cukrzycy. Pragnienie ogromne, wychudnienie i osłabienie znaczne. Mocz zawiera 7·5% cukru, ilość moczu oddawanego dziennie koło 4 litrów (tj. 300 grm. cukru na dzień). Pacyjentka, która dotąd 5 lub 6 razy w nocy wstawała, aby pragnienie ugasić, podaje, że po 4ém zastrzyknięciu ergotyny nie potrzebowała już więcéj w nocy wstawać. Po 10 zastrzyknięciu badanie przedsięwzięte w pracowni chemicznéj *École normale* wykazuje zaledwie ślady cukru w moczu. Ogółem otrzymała chora 30 wstrzykiwań ergotyny i opuściła autora w styczniu 1885. Mocz był wtedy zupełnie prawidłowym. Po 3 miesiącach autor znów badał pacyjentkę, która przez cały czas cieszyła się dobrém zdrowiem. Badanie moczu w klinice autora przedsięwzięte wykazało znów ślady cukru. Zrobiono powtórnie 8 injekcyj. Ślad cukru znikł. Pacyjentka odtąd przzedstawiała się autorowi od czasu do czasu, do chwili jednak obecnéj (przeszło rok) cukru w moczu nie znajdowano, a chora czuje się zupełnie zdrową.

Co do białkomoczu, to i tutaj autor widział znakomite polepszenie po zastrzykiwaniu ergotyny, gdy jednak dotychczasowe badania opierają się tylko na dwóch przypadkach, nie chce autor jeszcze nic stanowczego twierdzić.

Spostrzeżenia swe streszcza w końcu autor w następujących punktach:

1. Wstrzykiwaniami ergotyny można czasowe, a nawet trwałe wyleczenie cukrzycy osiągnąć. 2. Polyuria i polydypsia ustępują już po pierwszych wstrzykiwaniach, glykosuria zmniejsza się po pierwszych, ustępuje jednak dopiero po 10 lub 12 injekcyi. 3. Glykosuryja wraca szybko, jeżeli wstrzykiwania przerwie się zawcześnie, ustępuje jednak znów prędko jeżeli się do ergotyny powróci. 4. Wstrzykiwania są zupełnie nieszkodliwie. Nigdy nie zauważano złych następstw, ani na miejscu stosowania ani w stanie ogólnym chorego. 5. Leczenie ergotyną może służyć jako przygotowanie do operacyi zaćmy lub innego rękoczynu u diabetyka. 6. Leczenie ergotyną nie jest połączone z żadnemi nieprzyjemnościami dla chorego, nie wymaga żadnego szczególniejszego zachowania się, ani szczególnéj dyjety. 7. Wewnętrzne podawanie ergotyny było zawsze bezskutecznêm. (*Union médicale* 1886 Nr. 4.).

Dr. Kopff.

Dr. Langgaard: **O działaniu kofeinu.**

Autor robił liczne doświadczenia z wstrzykiwaniem kofeinu u psów kuraryzowanych, a doświadczeniami temi doszedł stanowczo do wniosku, że w zatruciach najmniejszemi dawkami trującemi kurary kofein (0,10) działa jako odtrutka, ratuje życie. Badania te mają o tyle praktyczne znaczenie, że znajduje się wiele trucizn w podobny sposób jak kurara działających, np. koniin. Co do tych przetworów jednakże nie wypowiada ostatecznego zdania, jakkolwiek część doświadczeń upoważniałaby go do tego. Przekonal się bowiem, że znoszono tak duże dawki koniinu przy równoczesném wstrzyknięciu kofeinu, po jakich bez wstrzyknięcia kofeinu bezwzględnie śmierć następowała. (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1886, Nr. 12). *Dr. Halski.*

Tamassia: **Ostre otrucie wyskokowe.**

Żołnierz, lat 21 liczący, jakkolwiek nadużywający napojów wyskokowych, przecie cieszył się zdrowiem przykładném; razem z kilką towarzyszami wyszedłszy z koszar przepędził wieczór na pijatyce: począwszy od wina przeszedł do piołunówki, okowity a skończył na araku, którego w krótkim czasie wypił całą butelkę. Około godziny 4éj zrana w stanie zapadu przeniesiony został do koszar a ztamtąd do szpitala, gdzie w stanie śpiączki żył jeszcze kilka godzin; środki zaradcze okazały się bezskutecznemi. W 36 godzin po śmierci (w miesiącu czerwcu) T. przystąpił do sekcyi

zwłok: Skóra blada, tylko na twarzy lekko zaczerwieniona; plamy trupie bruduo-czerwone, żyły podskórne przeświecające, brak wszelkich podbiegnięć, stężenie w dolnych odnogach, żrenice mocno zwężone, spojówki żywo nastrzyknięte, w ustach ślady wymiocin o woni wyskokowéj, skóra brzuszna zielona. Opona twarda mózgu mocno nastrzyknięta i lekko obrzękła, zatoki mocno rozszerzone, opony miękkie jak opona twarda, między niemi nie ma wybroczyn, kora mózgowa przekrwiona, zresztą w mózgowiu nie ma zmian; ściany tętnic mózgowych nieco twardsze; na błonie śluzowéj jamy ustnéj i gardziela ślady pokarmów, błona śluzowa żołądka żywo nastrzyknięta, w kilku miejscach wynaczynionki pod nią; w żołądku znajduje się około 90grm. płynu brunatnego o woni specyficznéj; błona mięsna jego zbitsza; podobnie zachowują się jelita, wątroba miernie stłuszczona, pęcherz moczowy zawiera nie dużo płynu; błona śluzowa tchawicy i oskrzeli nastrzyknięta, na niéj drobne bańki piany białéj, pod nią liczne drobne wynaczynionki; płuca wszędzie powietrze zawierające, obrzękłe, lekko rozdęte; w sercu dość dużo krwi po części skrzepłéj, szczególniéj w komórce prawéj, mięsień sercowy blady z powodu rozpoczynającego się zwyrodnienia tłuszczowego, żyły główne krwią przepełnione. — Jakkolwiek sekcyja nie wykazała nic szczególnego, T. stanowczo przypuszcza otrucie ostre wyskokowe na podstawie przekrwienia i obrzęku mózgowego, które wywołały porażenie płuc i serca, oraz na podstawie wywiadów, albowiem według Taylora 180 gramów wyskoku wystarcza do otrucia człowieka dorosłego (według Seydla 300—350 gramów okowity zwykłéj czyli według Dujardina-Beaumetz 3—6 gramów na jeden kilogr. ciężaru zwierzęcia), podczas gdy w danym przypadku żołnierz ów wypił 600—700 gramów araku, nie licząc już piołunówki, wina marsalskiego itd.

Nad przypadkiem tym T. czyni następujące uwagi:

1. Zdanie Tardieua, jakoby ostre otrucie wyskokowe nie zdarzyło się wcale u pijaków nałogowych, nie jest uzasadnionêm; wszakże zmiany anatomiczne, występujące u pijaków nałogowych, usposobiają nierównie więcéj do ostrego otrucia.

2. Twierdzenie Caspra, jakoby w otruciu ostrêm wyskokowêm stężenie trupie utrzymywało się nierównie dłużéj, aniżeli w innych przypadkach śmierci, także nie jest uzasadnionêm, skoro w powyższym przypadku po upływie 36 godzin już stężenia nie było w karku i odnogach górnych.

3. Mylnêm jest przypuszczenie Caspra, Limana i innych, jakoby w otruciu têm zgnilizna opóźniała się, jakoby wyskok działał niejako antyseptycznie; w opisanym przypadku przeciwnie zgnilizna względnie wcześnie wystąpiła.

4. Mylnêm jest następnie twierdzenie Caspra, Limana, jakoby barwa ciemna krwi i płynność miały jakieś znaczenie rozpoznawcze w têm otruciu, ponieważ zmiany te mogą istnieć, a wtedy nie dowodzą jeszcze otrucia wyskokowego, albo ich nie ma wcale, jak w powyższym przypadku. Również nieuzasadnionêm jest twierdzenie Manasseina, jakoby ciałka czerwone krwi okazały się powiększonemi (napęczniałemi) i Lewina, jakoby były zniszczonemi.

5. Lekarze rosyjscy, a głównie Dieberg, kładą nacisk na wypełnienie moczem pęcherza moczowego. Już Casper zwrócił uwagę, że objaw ten, wcale nie zawsze występujący żadnego nie ma znaczenia rozpoznawczego. (*Rivista sperimentale di medicina legale. Anno XI, faca IV*).

(Zgadzając się w zupełności z powyższemi uwagami Tamassii, stwierdzamy na podstawie naszego doświadczenia, że ostre otrucie wyskokowe, z którêm u nas zapewne częściéj się spotykamy aniżeli we Włoszech, żadnych nie przedstawia zmian charakterystycznych; zazwyczaj sprawdzić można tylko ostry obrzęk płuc, naturalnie obok zmian zwyrodnienia wyskokowego, jeżeli mamy przed sobą ciało pijaka nałogowego a nie nowicyjusza. Płonnêm jest kuszenie się o wykazanie jakichś zmian specyficznych, bo ich nie znajdziemy, a w szczególności byłby czas, aby co do wyskoku przynajmniéj nie ufać tak niepewnemu zmysłowi, jakim jest zmysł powonienia; przyznać raczéj się godzi, że nie bylibyśmy w stanie rozpoznać ostrego otrucia wyskokowego, gdybyśmy nie mogli polegać na wywiadach. Pojawienie się wreszcie zgnilizny i trwanie stężenia trupiego zależne są od tak licznych i różnorodnych warunków i okoliczności, że na nich już wcale polegać nie można; w szczególności co do wystąpienia i trwania stężenia trupiego zachodzą tak liczne wyjątki od prawidła podanego we wszystkich prawie dziełach podręcznych, że prawidło to za dogmat naukowy uchodzić już nie może). (*Przyp. Sprawozdawcy*). *L. B.*

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z d. 3 marca 1886 r.

Przewodniczący kol. A. Rosner. Członków obecnych 40.

1. Kol. Bossowski przedstawił kobietę, u któréj kol. Mikulicz dokonał kastracyi z powodu włókniaków macicy. (Rzecz ta będzie ogłoszona w Przegl. Lek.).

2. Kol. Braun w zastępstwie kol. Obalińskiego przedstawił kobietę przez tegoż operowaną. Przypadek ten ze względu na swą rzadkość zasługuje na bliższe zapoznanie się z nim. Rekonwalescentka, 22 letnia szwaczka, przebyła w dniu 6 lutego br. ciężką operacyję, którą z pośród chirurgów polskich przypadło po raz pierwszy wykonać kol. Obalińskiemu, a która w całéj lekarskiéj literaturze, zestawionéj przed kilku laty przez Giesa, dotąd zaledwie 21 razy zanotowaną była. W dniu tym wyłuszczono całą odnogę górną prawą wraz z łopatką, po poprzedniêm podwiązaniu tętnicy podobojczykowéj i resekcyi $^1/_4$ zewnętrznéj części obojczyka. Powodem do tego zabiegu był złośliwy nowotwór, który począwszy się tworzyć przed 10 miesiącami w górnéj połowie ramienia prawego, doszedł rychło do wielkości głowy dorosłego człowieka, ogarnął łopatkę i część obojczyka, pozostawiając tylko pachę wolną. Jakkolwiek operator był całkiem świadomy piętrzących się przed nim trudności, a to têm bardziéj, że siły pacyjentki, już to z powodu szybkiego wzrostu nowotworu, już to jego posokowatego rozpadu, bardzo przedstawiały się wątłemi, mimo to nakłaniał chorą do poddania się ryzykownéj operacyi, w któréj widział jedyną jeszcze deskę zbawienia. Nadzieja nie okazała się mylną, dowodem czego obecna, jeżeli nie kwitnąca to przynajmniéj dobra cera rekonwalescentki, poprzednio w najwyższym stopniu bezsilnéj i niedokrwistéj. Operacyja została wykonaną w sposób jak to radzili Ried, Roser i inni, z tą jedynie odmianą, że podwiązanie tętnicy podobojczykowéj uczyniono zaraz na wstępie, zagłębiwszy odcinek cięcia kolistego, okrążającego podstawę nowotworu w miejscu, w którêm typowo podwięzujemy tętnicę pod obojczykiem, poczêm dopiero przepiłowano obojczyk i zabrano się do wyłuszczenia łopatki wraz z ramieniem, przyczêm krwotok był mierny. Ranę dużą, bo przeszło stopę kwadratową mającą, zespojono kilkoma szwami płytkowemi i szwem kuśnierskim, po przeprowadzeniu grubego drenu. Operacyja taka może być wykonana z trojakich przyczyn: 1) jak obecnie z powodu nowotworu, 2) po obrażeniach, osobliwie maszynowych, 3) po rozległych zapalnych sprawach. W pierwszym przypadku jest ona najtrudniejszą do ocenienia. Gies przytacza, że z powodu nowotworów wykonano ją 10 razy z trzema zajściami śmiertelnemi. W dodatku należy napomknąć, że na łopatce wykonać można oprócz opisanéj operacyi jeszcze następujące: 1) wyłuszczenie saméj łopatki, z pozostawieniem odnogi i to resekując główkę

kości ramieniowéj lub pozostawiając ją nietkniętą, 2) amputacyję łopatki, 3) częściową resekcyję łopatki. Te operacyje były już wykonane przez polskich chirurgów mianowicie Mikulicza i Orłowskiego w Warszawie.

3. Kol. Gluziński przedłożył sprawozdanie komisyi wybranéj do rozpatrzenia wniosków przez niego postawionych.

Dr. Dobruchowski.

Posiedzenie z d. 17 marca 1886 r.

Przewodniczący A. kol. Rosner. Członków obecnych 32.

1. Kol. Ściborowski odczytał sprawozdanie z posiedzenia komisyi balneologicznéj.

2. Rozbierano dalszy ciąg sprawozdania komisyi wybranéj do rozpatrzenia wniosków kol. Gluzińskiego, oraz rozpoczęto obrady nad wnioskiem kol. Korczyńskiego, mającym za osnowę wskrzeszenie komisyi stałéj dla popierania i ochrony przemysłu krajowego, która istniała poprzednio w Tow. lek.

Dr. Dobruchowski.

V. Wiadomości statystyczne i ogólnolekarskie.

* **Zjazdy.** Od 19—21 kwietnia odbył się w Rzymie Zjazd chirurgów włoskich pod przewodnictwem prof. chirurgii Durantego. W Chrystyjanii odbędzie się Zjazd lekarzy skandynawskich od 7—12 lipca. 59ty Zjazd lekarzy i przyrodników niemieckich odbędzie się w Berlinie od 18—24 września.

○ Zjazd niemieckiego Stowarzyszenia ochrony zdrowia publicznego odbędzie się we Wrocławiu od 13—16 września. Na porządku dziennym zamieszczono następne sprawy: 1) Zakłady do badania pożywek, używek i przedmiotów do użytku. (Ref. prof. Dr. Hilger z Erlangi).

2) Łazienki ludowe i szkolne (Ref. doc. Dr. Lassar z Berlina i starszy burmistrz Merkel z Getyngi).

3) O polach do zraszania ze szczególném uwzględnieniem Wrocławia i o innych sposobach czyszczenia odchodów miejskich. (Ref. radzca budowniczy Kaufmann z Wrocławia i prof. Arnold z Bruszwiku).

4) Środki zapobiegające zatruciu czadem. (Ref. prof. Dr. Maks. Gruber z Gracu).

5) Nowsza technika odwietrzania zwłaszcza w stosunku do publicznych zakładów do odwietrzania. (Ref. prof. Dr. Hoffmann z Lipska i fizyk powiatowy Dr. Jacobi z Wrocławia).

* Liczba uczniów medycyny w uniwersytetach z wykładem niemieckim wynosiła w ubiegłém półroczu: w Berlinie 1305, Monachijum 1225, w Dorpacie 840, w Würzburgu 827, w Lipsku 742, w Gracu 490, w Gryfii 390, w Fryburgu 389, we Wrocławiu 375, w Hali 280, w Marburgu 268, w Bonnie 267, w Erlandze 247, w Królewcu 241, w Strasburgu 210, w Zurychu 207, w Getyndze 206, w Heidelbergu 205, w Insbruku 202, w Bernie 198, w Kielu 197, w Tübindze 197, w Jenie 193, Giessen 145, w Bazylei 121, w Rostoku 106. W wykazie tym, podanym w *Berl. klin. Woch*, opuszczono Wiedeń i Pragę. Zapewne nie wypadało przypomnieć, że na Wydziale lekarskim w Wiedniu uczęszczało w półroczu zimowém uczniów 2673, a więc o 143 więcéj aniżeli na obydwóch najbardziéj uczęszczanych wydziałach Państwa niemieckiego.

○ W skutek niedawno przez Dujardin-Beaumetza złożonego sprawozdania o częstości wścieklizny ogłasza paryska Rada higijeniczna sposób, w jaki zachować się mają osoby pokąsane przez psa wściekłego. Jedyny sposób postępowania mający widoki skutku polega na dozwoleniu odpływu krwi z rany, wymyciu i wypaleniu téjże. Użycie amonijaku, kwasu karbolowego, wyskoku, arniki itd. jest zupełnie bezskuteczne. Rada higijeniczna zaleca ostrzejsze postępowanie z psami bez właściciela, które głównie bywają powodem wścieklizny. Zapadłszy na wściekliznę gryzą inne psy, których właściciele z obawy utraty ulubieńców swych fakt ten zatajają. (*Gesundheit* 1886, Nr. 1).

○ **Paryż.** Minister spraw wewnętrznych oddał corocznie do rozporządzenia Akademii lekarskiéj kwotę 2000 franków, jako nagrodę za najlepsze prace w sprawie śmiertelności dzieci.

○ Blot składając Akademii lekarskiéj w Paryżu sprawozdanie roczne o szczepieniu i powtórném szczepieniu, kładzie nacisk na konieczność przymusu szczepienia. Bucquoy wyraził powątpiewanie, czy szczepionka z osób już raz szczepionych jest skuteczną; sprawą tą zajmowano się także w paryskiém Towarzystwie lekarzy szpitalnych, przy czém wyrażono przekonanie, że taka limfa własności ochronne utraciła. Vidal oświadcza, iż kilka osób szczepił skutecznie limfą z powtórnie szczepionych a szczepienie powtórzył w trzy miesiące późniéj również ze skutkiem. Przemawia to przeciw skuteczności szczepionki z powtórnie szczepionych. (*Gesundheit* 1886, Nr. 1).

Statystyka epidemij. W tygodniu od 18—24 kwietnia umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 26,8. Z płonicy 1 (1 z. t.); z duru osutkowego 1 (1 z. t.); z gorączki połogowéj 1 (0 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 1 przypadku ospy, 6 odry, 1 duru brzusznego, 8 duru osutkowego. W tygodniu od 11—17 kwietnia umarło z ospy w Wiedniu 5, w Budapeszcie 12, w Pradze 2, w Rzymie 13, w Zurychu 2, w Paryżu 7, w Brukseli 2. Z duru osutkowego umarło w Warszawie 3, w Budapeszcie 4. Z duru powrotnego umarło w Petersburgu 9. Z cholery umarło w Wenecyi 2. Z duru brzusznego umarło w Paryżu 10, w Petersburgu 15. Z odry umarło w Pradze 19, w Paryżu 26, w Londynie 38, w Petersburgu 28. Z płonicy umarło w Petersburgu 23. Z błonicy umarło w Wiedniu 14, w Berlinie 23, w Paryżu 54, w Londynie 33, w Petersburgu 16. Z krztuśca umarło w Paryżu 22, w Londynie 94.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 11—17 kwietnia umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 38,4; w Brodach 48,4; w Drohobyczu 46,8; w Kołomyi 24,4; w Przemyślu 33,6; w Stanisławowie 56,1; w Tarnopolu 36,8; w Tarnowie 40,8; w Czerniowcach 38,8; w Warszawie 31,1; w Poznaniu 23,7; w Budapeszcie 39,6; w Wiedniu 34,1; w Lincu 46,8; w Salcburgu 37,2; w Gracu 34,6; w Lublanie 34,3; w Tryjeście 34,8; w Insbruku 26,1; w Pradze 52,0; w Bernie 48,7; w Ołomuńcu 28,1; w Opawie 23,7; w Berlinie 27,7; we Wrocławiu 31,9; w Gdańsku 27,5; w Dreźnie 25,4; w Hamburgu 25,3; w Kolonii 27,4; w Lipsku 23,5; w Mnichowie 32,0; w Strasburgu 27,9; w Amsterdamie 26,5; w Bazylei 20,5; w Brukseli 33,9; w Chrystyjanii 17,5; w Genewie 18,7; w Kopenhadze 24,5; w Londynie 19,8; w Odesie 31,6; w Paryżu 27,1; w Petersburgu 39,6; w Stokholmie 27,9; w Wenecyi 24,0; w Zurychu 24,3. *J. B.*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 6 maja. Według uchwały Tow. lekarskiego odbędzie się w niedzielę d. 9 bm. o godzinie 12éj w południe w sali egzaminacyjnéj Wydziału lek. uroczyste odsłonięcie portretu śp. prof. Kozubowskiego. Na uroczystość tę Tow. lekarskie oprócz członków swoich zaprasza Prezesa Akademii, Rektora U. J., członków Wydziału lek. i uczniów medycyny.

* Na wczorajszém posiedzeniu Tow. lekarskiego prof. Mikulicz przedstawił preparat macicy, którą wydobył u pacyjentki 60-letniéj z powodu pierwotnego raka trzonu macicy; poczém doc. Pieniążek miał wykład zapowiedziany, a w dyskusyi wzięli udział: koll: Murdzieński, Obaliński, Mikulicz, Zaręba i prelegent.

* Dr. Górski, elew kliniki chirurgicznéj tutejszéj, wyjeżdża na półrocze letnie do Niemiec, Amsterdamu i Szwecyi, celem zapoznania się bliższego z mięsieniem i gimnastyką szwedzką.

* W Oleszycach potrzebnym jest lekarz. Właściciel majątku obowiązuje się dawać 430 zła. rocznie i mieszkanie, gmina zaś płaci 150 zła. rocznie. Zgłaszać się należy do docenta Jordana w Krakowie lub Dra Merczyńskiego we Lwowie.

* **Lwów.** Z początkiem bm. Dr. Szpilman rozpoczyna trzeci kurs bakteryjologiczny w pracowni epidemijologicznéj c. k. Rady zdrowia; w lipcu zaś zamierza urządzić kurs dwutygodniowy.

* **Wiedeń.** Wiadomo, że Wydział lekarski niemiecki w Pradze czeskiéj udał się był do Trybunału administracyjnego z zażaleniem przeciw rozporządzeniu Ministerstwa Oświecenia w sprawie odstąpienia części ubikacyj klinicznych na rzecz Wydziału czeskiego. Otóż Trybunał orzekł, że Senat akademicki pozostaje do Ministerstwa Oświecenia w stosunku jak władza podrzędna do przełożonéj, że więc nie ma prawa wniesienia zażalenia, chyba w razie, jeżeli stoi na straży legatów.

* **Wiedeń**. Są tu opróżnione obecnie dwie ważne katedry: położnictwa, w skutek ustąpienia prof. Spätha i higijeny po śmierci Nowaka. O pierwszą ubiegać się będą: prof. Braun młodszy i prof. Breisky z Pragi. W razie, jeżeli katedrę otrzyma Braun, wtedy o zajmowaną przezeń katedrę kliniczną dla akuszerek ubiegać się będą proff. Bandl, Rokitansky i Schauta z Insbruku. Jako kandydatów na katedrę higijeny wymieniają: prof. Soykę z Pragi, Grubera z Gracu i docenta Kratschmera w Wiedniu.

W ostatnich tygodniach zdarzyły się w rozmaitych klinikach przypadki *Meningitis cerebro-spinalis.*

* **Paryż**. Na zakład Pasteura zebrano dotąd 589,357 franków. Na asanizacyję miasta Tulonu minister handlu żąda kredytu w kwocie 300,000 franków.

* **Londyn**. Prezydentem Kolegijum lekarskiego wybrany został Sir William Jenner.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Aberdeen**. Dr. Mac William mianowany profesorem fizyjologii. — **Berlin**. W miejsce Grawitza drugim asystentem prof. Virchowa mianowany docent prywatny Israel, a trzecim Langerhans. — **Jena**. Prof. farmacyi Hirzel z Lipska wezwany został na posadę w Jenie. — **Dorpat**. Prof. kliniki lek. Vogel zamierza ustąpić z katedry. — Prof. Eminghaus powołany został na katedrę psychijatryi w Fryburgu. — **Petersburg**. Prof. fizyjologii Owsjanników wysłużywszy 35 lat przeniósł się w stan spoczynku. — **Charków**. Dr. Wysokowicz mianowany został docentem patologii ogólnéj.

* **Mianowania**. W awansie majowym mianowany został starszym lekarzem sztabowym 2éj kl. lekarz sztabowy Dr. Wilhelm Tonner w Pradze czeskiéj, znany z dłuższego pobytu swego w Krakowie. — Lekarzem pułkowym 1éj kl. mianowany lekarz pułkowy 2éj kl. Dr. Ignacy Link przy szpitalu garnizonowym we Lwowie, bawiący od dłuższego czasu w Krakowie i praktykujący w klinice prof. Mikulicza; przeniesieni: lekarz sztabowy Dr. Lion do szpitala garnizonowego we Lwowie, lekarze starsi Drowie Jan Stefanicki do 8go pułku ułanów, Józef Ortyński do 16go pułku huzarów i Jerzy Koczyński do 48go pułku piechoty.

* **Wiadomości osobowe**. Stopnie doktorów w. nauk lek. w Uniw. Jagiell. otrzymali: pp. Walery Mieczysław Łukasiewicz z Głogowy, Józef Galant ze Strochacina, Henryk Fraenkel i Kazimierz Kaden z Krakowa.

* **Nekrologija**. W Pradze umarł Dr. Edward Linnemann prof. chemii w uniw. niemieckim, dawniéj we Lwowie. W Nicei umarł w 40ym roku życia Dr. Ludwik Thaon, znany z badań histologicznych nad gruźlicą.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Pamiętniku Tow. lek. warsz.* Zesz. I Fabiana: O warunkach powstawania i znaczeniu kliniczném podwyższenia ciepłoty w gorączce; Rogowicza: O ciąży szyi macicznéj; Bielińskiego: Doktorowie promowani w Wilnie (c. d.); Krajewskiego: Sprawozdanie statystyczne z ruchu chorych w szpitalu Dzieciątka Jezus w r. 1883. — W *Kronice Lekarskiéj* Nr. 78: Goldflama: O rozsianém wieloogniskowém stwardnieniu mózgu i rdzenia. — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 18: Elsenberga: Zaszczepienie gruźlicy u dziecka; Sokołowskiego: Przyczynek do kazuistyki raka pierwotnego krtani (dok.). — W *Przeglądzie Weterynarskim* Nr. 5: Szpilmana: O wylęganiu się wścieklizny. Studyjum doświadczalne (c. d.). — W *Medycynie* Nr. 18: Skórczewskiego: Nerwowe kołatanie serca (c. d.).

Redakcyja otrzymała:

Dr. Jan ROSNER: Truskawiec, Sprawozdanie za rok 1885. Truskawiec 1886 in 8vo str. 19.

Dr. J. BANDROWSKI: Medycyna sądowa i jéj wykonawcy w obec ustaw. (Odbitka z „Tygodnika Rzeszowskiego"). Rzeszów 1886, in 8vo str. 20.

(O rozprawce téj wspomnieliśmy już; dodajemy tylko, że zwróciła na siebie uwagę kolegów czeskich, którzy mają zamiar przyłączyć się do podania lekarzy galicyjskich).

M. HAY: Die animale Vaccination, Wien 1886, in 8vo str 44.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.